

Ruedin Danièla  
Schwaller Caroline



## Gestion des symptômes

ETAT CONFUSIONNEL AIGU

10 décembre 2015

### OBJECTIFS DU COURS

- Rappel: état confusionnel aigu – symptômes
- Présentation de la théorie de la gestion des symptômes
- Dépister l'état confusionnel aigu: Grilles
- Etat confusionnel: une situation clinique

## INTRODUCTION

*«Le delirium est un symptôme mal connu, malgré sa fréquence élevée (de 8 à 88% selon les études) en soins palliatifs, son importante morbidité, l'augmentation de la mortalité et surtout son impact sur la qualité de vie des patients et des familles»*

(Pautex, 2001)

## RAPPEL: ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU – SYMPTÔMES

### Définition

*«La confusion aiguë, appelée aussi Delirium, consiste en un désordre mental d'apparition aiguë avec fluctuation, caractérisée par une perturbation de la conscience, de la mémoire, de la pensée, de la perception et du comportement» (Cole, 2004)*

- La présence fréquente de delirium chez les personnes âgées est associée à plusieurs conséquences néfastes, dont la perte d'autonomie fonctionnelle et cognitive
- Complexité accrue: Delirium et atteinte d'une forme de démence

## SYMPTÔMES ASSOCIÉS AUX DELIRIUM SELON LA FORME D'ACTIVITÉS MOTRICES

### SYMPTÔMES ASSOCIÉS AUX SOUS-TYPES DE DELIRIUM



Sous types de delirium	Symptômes
Hyperactif (agité, hyper alerte)	Au moins 3 symptômes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitation, colère, irritabilité, erreur, discours rapide ou fort, pensées persistantes...</li> </ul>
Hypoactif (léthargique, hypo alerte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de la vigilance, discours lent ou épars, ralentissement de l'activité motrice, regard fixe, apathie, somnolence...</li> </ul>
Mixte /hyper et hypo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence des symptômes des deux types en alternance. Au moins 3 symptômes de l'hyperactif, au moins 4 symptômes de l'hypoactifs</li> </ul>
Sans perturbation motrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les auteurs divergent ...</li> </ul>



## CONFUSION ASSESSMENT METHOD. CAM



- A) Début brusque, fluctuation pendant la journée.
- B) Inattention.
- C) Pensée désorganisée.
- D) Altération de la conscience (alerte, hypervigilant, léthargique, stuporeux ou comateux).



## CARACTÉRISTIQUES DU DELIRIUM ET DE LA DÉMENCE



- La prévalence est fortement augmentée chez les personnes âgées atteintes de démence
- Les symptômes du delirium sont similaires chez une personne atteinte de démence ou non
- Lors de démence, on observe plus d'agitation psychomotrice, désorganisation de la pensée, désorientation accrue
- Durée de l'épisode du delirium plus longue lors de démence
- Plus difficile à reconnaître le delirium pour les soignants/tes



## CARACTÉRISTIQUES DU DELIRIUM ET DE LA DÉMENCE: SYMPTÔMES ASSOCIÉS



Caractéristiques	Delirium	Démence
<b>Mémoire</b>	Mémoire immédiate et à court terme	Mémoire à court terme et nouveaux apprentissages affaiblis
<b>Attention</b>	Fluctuation	Généralement pas affectée jusqu'au dernier stade de la maladie
<b>Organisation de la pensée</b>	Désorganisé/peut être incohérent	Appauvrie donnant peu d'information
<b>Niveau de conscience</b>	Perturbé/Hypo-hyper alerte	Habituellement normal jusque tard dans la maladie
<b>Cycle de sommeil/éveil</b>	Toujours interrompu	Sommeil fragmenté



**HES<sup>FR</sup>**  
HÄUPT-ÉCOLE DE SANTÉ Fribourg  
HOCHSCHULE FÜR GESUNDHEIT Fribourg

## FACTEURS DE RISQUES

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficits visuels</li> <li>• Maladie sévère</li> <li>• Déficits cognitifs</li> <li>• Déshydratation</li> <li>• Contention physique</li> <li>• Malnutrition</li> <li>• Ajout de 3 médicaments</li> <li>• Sonde urinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Événements iatrogènes</li> <li>• Etat fébrile</li> <li>• Age avancé</li> <li>• Immobilisation</li> <li>• Stress psychosocial</li> <li>• Mauvais contrôle de la douleur</li> </ul>
---	--

**Hes·SO**  
Haupt-École Spécialisée de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland

**HES<sup>FR</sup>**  
HÄUPT-ÉCOLE DE SANTÉ Fribourg  
HOCHSCHULE FÜR GESUNDHEIT Fribourg

## LE DIAGNOSTIC: DSM-IV-TR (GUELFY, CROCQ, & AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003)

---

- Perturbation de la conscience (c.-à-d. baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- Modification du fonctionnement cognitif (tel qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

**Hes·SO**  
Haupt-École Spécialisée de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland

## LE DIAGNOSTIC: DSM-IV-TR (GUELFY, CROCQ, & AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003)



- Perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.
- Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

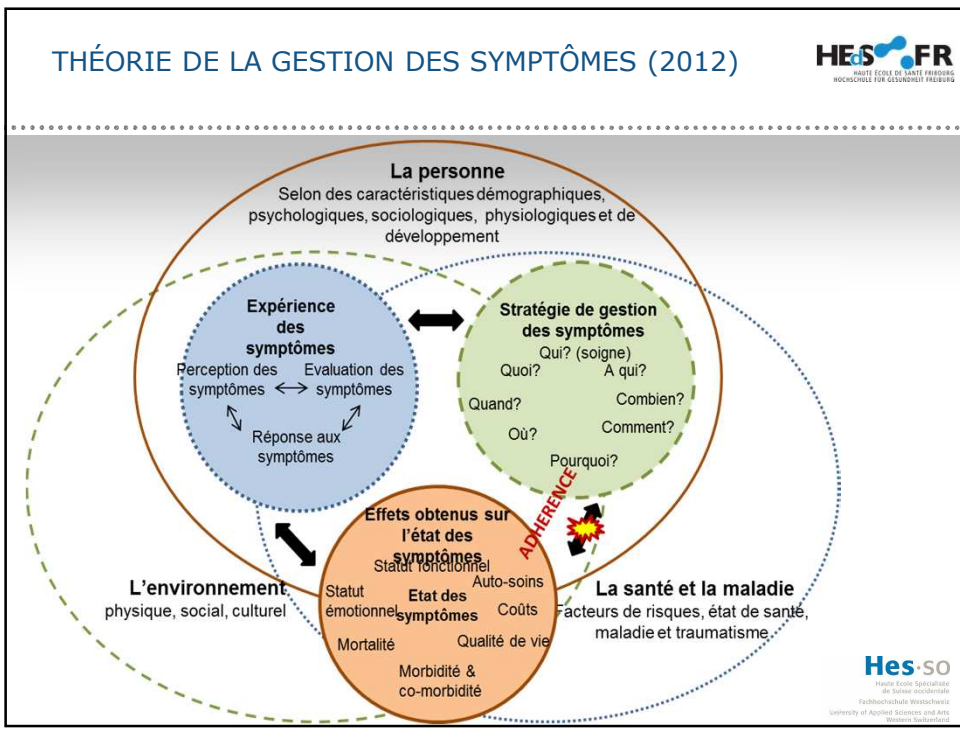
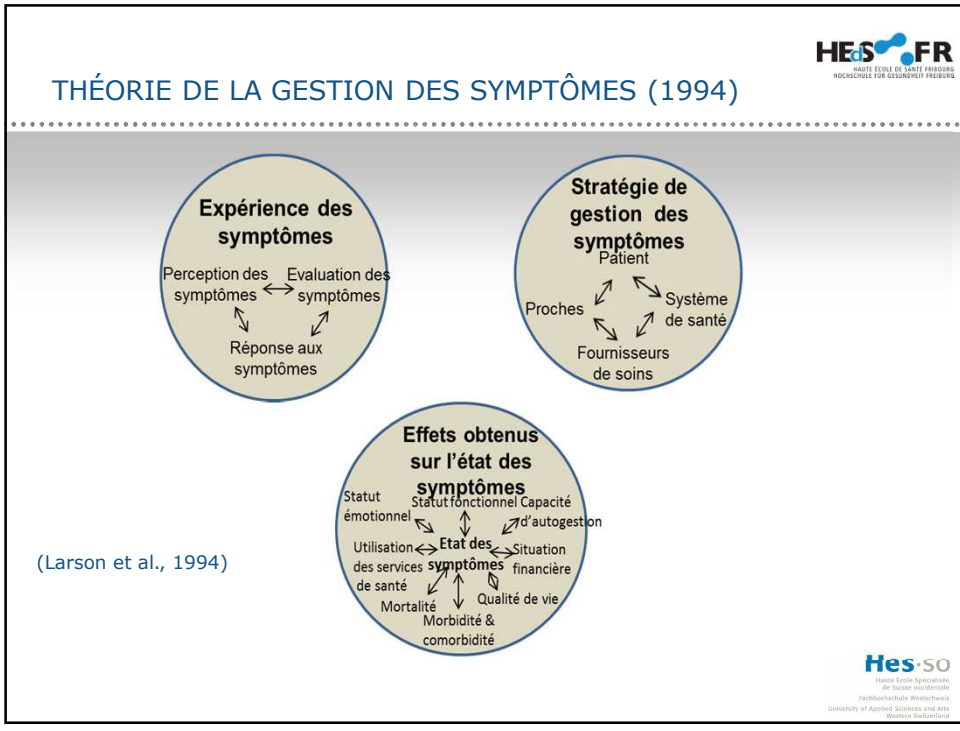


## CONCEPTUALISER LES SYMPTÔMES ET LEUR GESTION





- Les symptômes sont la principale raison pour laquelle les gens s'adressent aux services de santé
- La plupart des interventions de gestion des symptômes impliquent l'auto-soins et/ou l'intervention des proches
- Les effets (résultats) obtenus sur l'état du symptôme ont la plupart du temps un impact sur les individus et les proches (Larson et al., 1994)






## L'EXPÉRIENCE DES SYMPTÔMES







- La perception et l'évaluation des symptômes ainsi que la réponse à ces derniers sont simultanées
- Peut comprendre >1 symptôme — groupes de symptômes (ex. troubles du sommeil, douleur chronique, dépression)

Extrait de la Théorie de gestion du symptôme d'Andrea Serena (communication personnelle, [Présentation PowerPoint], 6 novembre 2014)



## LES STRATÉGIES DE GESTION DES SYMPTÔMES





- Efforts pour **éviter, retarder** ou **minimiser** l'expérience des symptômes

Les symptômes peuvent :


- être espacés dans le temps
- être fortement atténués
- la détresse causée par les symptômes peut être soulagée

Pour appliquer les stratégies, il faut tenir compte de :

- qui?      quoi?
- où?      quand?
- combien?    à qui?
- comment?    Pourquoi?


Plus d'une stratégie peut être impliquée/demandée au besoin

Extrait de la Théorie de gestion du symptôme d'Andrea Serena (communication personnelle, [Présentation PowerPoint], 6 novembre 2014)

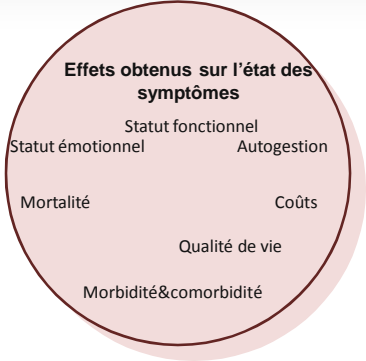




## EFFETS (RÉSULTATS) OBTENUS SUR L'ÉTAT DES SYMPTÔMES



---



**Effets obtenus sur l'état des symptômes**

Statut fonctionnel  
Statut émotionnel      Autogestion


Mortalité      Coûts

Qualité de vie

Morbidité&comorbidité


- Effets manifestes et mesurables après application d'une ou plusieurs stratégies
- **Changement dans les symptômes?**
  1. Fréquence ralentie
  2. Fortement atténuée
  3. La détresse causée peut être soulagée
- **Effets cumulés**

Extrait de la Théorie de gestion du symptôme d'Andrea Serena (communication personnelle, [Présentation PowerPoint], 6 novembre 2014)



Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland

## DIMENSIONS CLÉS (CONCEPTS)



---

**Expérience des symptômes**

Perception des symptômes ↔ Evaluation des symptômes

Réponse aux symptômes

**Stratégie de gestion des symptômes**

Qui? (soigne)      A qui?

Quoi?      Combien?

Quand?      Comment?

Où?      Pourquoi?

**Effets obtenus l'état des symptômes**


Statut fonctionnel      Auto-soins

Statut émotionnel      Coûts

Mortalité      Qualité de vie

Morbidité & co-morbidité

Extrait de la Théorie de gestion du symptôme d'Andrea Serena (communication personnelle, [Présentation PowerPoint], 6 novembre 2014)



Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland

## HYPOTHÈSES SOUTENANT LA THÉORIE



- L'évaluation des symptômes doit se baser sur **la perception de l'individu** qui expérimente le symptôme et qui l'auto-évalue
- Ce modèle peut être aussi utilisée pour les personnes susceptibles de développer des symptômes à cause de l'influence de variables contextuelles. Dans ce cas, des stratégies **d'interventions préventives** peuvent être initiées.
- Si la personne ne peut pas s'exprimer verbalement, les soignants doivent tenir compte de **l'interprétation des proches**
- **Les stratégies peuvent s'adresser à la personne, une famille, population.**
- La gestion des symptômes est un **processus dynamique** qui peut être modifié par les interrelation entre **la personne, la santé/maladie et l'environnement** (Eicher, Delmas Ph., Cohen, Baeriswyl, & Viens Python, 2013).

Extrait de la Théorie de gestion du symptôme d'Andrea Serena (communication personnelle, [Présentation PowerPoint], 6 novembre 2014)



## ETAT CONFUSIONNEL: UNE SITUATION CLINIQUE



- Situation de Mme Rime
- Diagnostic de démence de type Alzheimer, hypothyroïdie compensée, cardiopathie disrythmique (FA), insuffisance veineuse avec dermite de stase, ostéoporose
- Antécédent significatif : fracture des poignets
- Médication : Euthyrox, Marcoumar, Acétalgin, Rispéridone, Torem



**HES-<sup>SO</sup> FR**  
Hauts-Ecoles de Santé Fribourgeoise  
Hochschule für Gesundheit Fribourg

## ETAT CONFUSIONNEL: UNE SITUATION CLINIQUE

---


- Description : déficit visuel, sélection importante des aliments et boissons, douleurs, déficits cognitifs, refus de son nouvel environnement, attention fluctuante en 24h, comportements problématiques

**Hes-<sup>SO</sup>**  
Hauts-Ecoles de Santé Fribourgeoise  
Hochschule für Gesundheit Fribourg  
University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland

**HES-<sup>SO</sup> FR**  
Hauts-Ecoles de Santé Fribourgeoise  
Hochschule für Gesundheit Fribourg

Comportement problématique	Codage	15/09/2015			16/09/2015			17/09/2015			18/09/2015			19/09/2015		
		Moment	Matin	AM	Soir	Matin	AM	Soir	Matin	AM	Soir	Matin	AM	Soir		
<b>Humeur</b>	Intensité		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Retentissement		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Description		Apathie			Indifférence			Traîtrise Soignée			Fatigue Traîtrise			Indifférence	
	Action		Discuter, information parole			Encouragements			Ecoute							
<b>Agitation</b>	Intensité		3	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Retentissement		2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Description		Cris			Déambulation	Cris Rides sans								Visite libre	
	Action					Gestion groupe atmosphère calme			Marche			Marche			Ecoute Reformulation	
<b>Désinhibition</b>	Intensité		2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Retentissement		4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Description		Gestes			Vulgaires			Paroles			Paroles + gestes			Paroles + gestes	
	Action		Gestes mis en mots									Formulation acceptable ou non				


**Hes-<sup>SO</sup>**  
Adapté de l'inventaire neuro psychiatrique  
Hauts-Ecoles de Santé Fribourgeoise  
Hochschule für Gesundheit Fribourg  
University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland




## DIFFICULTÉS DE DÉPISTAGE

---

- 32 à 67% des delirium ne sont pas diagnostiqués
- Manque de formation médicale
- Manifestations attribuées à la maladie/au vieillissement
- N'est pas reconnu comme une urgence médicale
- Etiologie multifactorielle
- Fluctuation durant la journée
- Limite entre médecine interne et la psychiatrie
- Pas toujours accompagné d'agitation ou trouble du comportement
- Manque de critères diagnostics clairs






## CONSÉQUENCES POUR LE PATIENT ET LA FAMILLE

---

<b>Le patient</b>	<b>La famille</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incompréhension des explications, communication altérée</li> <li>• Troubles émotionnels (anxiété, peur, panique, risque de suicide)</li> <li>• Altération du cycle sommeil/éveil</li> <li>• Escalade médicamenteuse non adaptée</li> <li>• Notion de comportement inapproprié psychique et moteur</li> <li>• Risque de chutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress, souffrance, inquiétude, angoisse</li> <li>• Communication altérée avec le patient</li> <li>• Interprétation des signes symptômes non soulagés</li> <li>• Pression pour une sédation ou demande masquée pour une euthanasie</li> </ul>



## CONSÉQUENCES POUR LES SOIGNANTS ET DÉMARCHE



### Conséquences pour les soignants

- Surestimation de la douleur
- Interprétation des troubles cognitifs comme dépression ou tristesse
- Altération de la communication (patient, famille et entre soignants)
- Exigence d'une réponse rapide des médecins, pression pour une sédation

### Démarche infirmière

- Questionnement face à la suspicion d'un état confusionnel
- Que me suggère l'anamnèse du patient?
- Evaluation des fonctions cognitives (grille d'évaluation)




## ETAT CONFUSIONNEL : UNE SITUATION CLINIQUE (SUITE)



### Interventions :


- Sur les causes et les facteurs de risque modifiables : déficits cognitif et visuel, hydratation, alimentation, problèmes organiques, douleurs, fatigue-sommeil, mobilité
- Environnement : hypostimulation, communication adaptée, rituels
- Gestion des symptômes : description précises des symptômes en vue de détecter des changements, échanges avec proches




**HES**  **FR**  
Hochschule für Gesundheit Freiburg

## INTERVENTIONS PRÉVENTIVES DU DELIRIUM


Stratégies environnementales	Pratiques cliniques	Communication	Gestion du comportement
Eclairage Environnement calme Utilisation d'horloge Implication de la famille Présence d'objets familiers Stabilité de l'environnement	Satisfaction des besoins Revoir la médication Soulager la douleur Minimiser l'utilisation des cathéters Eviter les moyens de contentions physiques	Consignes claires Parler face à face Eviter le langage abstrait Réorienter la personne Rassurer, expliquer Eviter les mouvements brusques et rapides Aides à la communication: appareils auditifs, lunettes...interprètes	Revoir la médication Identifier les éléments déclencheur d'une agitation Ne pas contredire la personne Attendre que la personne se calme

**HS**  **SO**  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland

**HES**  **FR**  
Hochschule für Gesundheit Freiburg

## INTERVENTIONS SELON LES FACTEURS DE RISQUES

Facteurs de risques	Interventions
Déficits cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation dans la réalité</li> <li>• Activités thérapeutiques</li> </ul>
Troubles du sommeil Immobilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction du bruit sommeil sans interruption</li> <li>• Mobilisation précoce et utilisation minimale de moyens de contention</li> </ul>
Utilisation de médicaments psychoactifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire médicaments psychoactifs</li> <li>• Approche non-médicamenteuse</li> </ul>
Déficits visuels Déficits auditifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lunettes</li> <li>• Appareils auditifs</li> </ul>
Déshydratation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes de déshydratation à observer</li> </ul>

**HS**  **SO**  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland

**HES·FR**  
HAUTE ÉCOLE DE SANTÉ Fribourg  
HOCHSCHULE FÜR GESUNDHEIT Freiburg

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

Chatelain, C., & Merminod, E. (2010). *Confusion aiguë: démarche infirmière pour un diagnostic précoce*. Présentation Sefos, octobre, Unité 40 de l'Hôpital de Bellerive (HUG), Genève, Suisse. [http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\\_palliative/documents/presentation\\_sefos\\_11\\_10.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_palliative/documents/presentation_sefos_11_10.pdf)

Eicher, M., Delmas Ph., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers (RSI)*, 112, 14-25.

Joyal, C., Collin, F., Mbourou Azizah, G., Côté, F., & Gagnon, J. (2010). Une prise de décision informée par des résultats probants pour la pratique infirmière. Prévenir, dépister et gerer le delirium surajouté à la démence. In Collection Les Rapports du BTEC (Series Ed.) Vol. 18. Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) (Ed.) Retrieved from <http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/Q%26R/Rapport%2018-GeriatrieII.pdf>

Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E. S., & al. (1994). A model for symptom management. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272-276.

Pautex, S. (2001). Outils d'évaluation du delirium en soins palliatifs. *Douleur et Analgésie*, 3, 147-150.

**Hes·SO**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland

**HES·FR**  
HAUTE ÉCOLE DE SANTÉ Fribourg  
HOCHSCHULE FÜR GESUNDHEIT Freiburg

---

**Merci pour  
votre attention**

●  
●  
●  
●  
●

Haute école de santé Fribourg / Hochschule für Gesundheit Freiburg  
Rte des Cliniques 15  
1700 Fribourg / Freiburg  
Tél. 026 429 60 00 / [heds@hefr.ch](mailto:heds@hefr.ch)  
<http://www.heds-fr.ch>

**Hes·SO**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland